

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

156

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

AGOULON (Pierre)

Né à Angers, le 19 Août 1899

DES FORMES
PSEUDO-CHIRURGICALES
de la Syphilis tertiaire du Foie

Président : M. LE PROFESSEUR ACHARD

===== ANGERS =====
IMPRIMERIE CENTRALE
15, RUE DE LA ROE, 15
===== 1923 =====

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

AGOULON (Pierre)

Né à Angers, le 19 Août 1899

DES FORMES
PSEUDO-CHIRURGICALES
de la Syphilis tertiaire du Foie

Président : M. LE PROFESSEUR ACHARD

===== ANGERS =====
IMPRIMERIE CENTRALE
15, RUE DE LA ROË, 15
===== 1923 =====

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER.
Professeurs	
Anatomie	MM. NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	ANDRÉ BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ.
Pathologie médicale	N.....
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	WIDAL.
Clinique des maladies des enfants	GILBERT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CHAUFFARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MARFAN.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT.
Clinique des maladies contagieuses	CLAUDE.
Clinique chirurgicale	JEANSELME.
Clinique ophtalmologique	P. MARIE.
Clinique des maladies des voies urinaires	TEISSIER.
Clinique d'accouchements	DELBET.
Clinique gynécologique	LEJARS.
Clinique chirurgicale infantile	HARTMANN.
Clinique thérapeutique	GOSSET.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DE LAPERSONNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEGUEU.
Clinique propédeutique	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	AUGUSTE BROCA.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
	DUVAL.
	SERGENT.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE

*Dont la vie de labeur et de probité fut
toujours pour moi le vivant exemple
du devoir.*

A MA MÈRE

*En témoignage de ma grande affection
et de ma reconnaissance.*

A MON FRÈRE

*En souvenir de nos jeunes années. Pour
fortifier encore les liens d'affection qui
nous unissent.*

A Monsieur le Docteur et à Madame LAHACHE

*Dont l'amitié fut pour moi si précieuse ;
qu'ils veuillent bien agréer ma respec-
tueuse gratitude.*

A MES PARENTS

A MES CAMARADES D'ÉTUDES, A MES AMIS

A MES MAITRES

De l'Ecole de Médecine et de l'Hôtel-Dieu d'Angers

A MES MAITRES

De la Faculté de Médecine de Paris

A MON MAITRE :

M. le Professeur DENÉCHAU,

Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. le Professeur ACHARD,

Professeur de Clinique médicale

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux, à la fin de nos études, de pouvoir rendre ici un hommage de reconnaissance aux Maîtres qui, par leurs leçons, leurs conseils et leur exemple, ont contribué à notre formation médicale.

Nous avons débuté sous la direction de deux de ces Maîtres, aujourd'hui disparus, devant la mémoire desquels, avec une émotion profonde, nous nous inclinons respectueusement. Tous les deux nous témoignèrent la même et paternelle sollicitude.

M. le Professeur Thibault restera pour nous le plus bel exemple de conscience professionnelle. La haute probité de sa vie de médecin égalait la valeur de son enseignement scientifique, qu'il sut mettre à notre portée avec tant de clarté et de précision.

M. le Professeur Monprofit guida nos premiers pas en chirurgie ; et, plus tard, nous eûmes l'honneur de remplir dans son service les fonctions d'interne. Prodigue de faits, dans des leçons vivantes et fortes, il nous donna le goût de sa science ; et, par sa méthode rigoureuse, l'habitude des examens de malades.

C'est sur le conseil de M. le Professeur Denéchau, et avec sa collaboration, que nous avons entrepris et poursuivi cette étude. En nous autorisant à travailler près de lui, en mettant à notre disposition ses livres et son expérience, il a rendu notre tâche plus facile et plus agréable. Pour tous ces témoignages d'estime et de sympathie, nous le prions de bien vouloir agréer l'hommage de notre vive reconnaissance.

Nos remerciements s'adressent également à tous nos Maîtres de l'Ecole de Médecine et de l'Hôtel-Dieu d'Angers. Nous conserverons

toujours de leurs leçons et de leurs aimables relations le meilleur et plus vivant souvenir.

Merci, enfin, à nos Maîtres de Paris, pour l'intérêt qu'ils nous ont témoigné, pendant nos stages dans leurs services ; et, en particulier, à Messieurs les Professeurs Marfan, Nobécourt, Aug. Broca et Bar.

Que Monsieur le Professeur Achard, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer nos sentiments de respectueuse gratitude.

Des Formes pseudo-chirurgicales de la Syphilis tertiaire du Foie

INTRODUCTION

La syphilis tertiaire du foie, chez l'adulte, n'est pas de connaissance récente; notion classique, s'il en est, bien étudiée dans les traités, elle semble pourtant aujourd'hui en remaniement. Jadis, elle était considérée comme affection rare, les statistiques en font foi; comme une affection grave, parce que méconnue, elle n'était pas traitée, et que c'est seulement à l'autopsie ou à l'examen histologique que le diagnostic était fait. De nos jours, sa fréquence est certainement infiniment plus grande : ce fait tient peut-être à ce que le domaine de la syphilis s'est considérablement étendu; peut-être est-ce aussi que, trop souvent, les malades se contentent d'un traitement insuffisant qui les blanchit de leurs manifestations primaires ou secondaires, mais ne les met pas à l'abri du tertiariisme; enfin, il faut bien admettre que les moyens perfectionnés dont nous disposons, méthodes cliniques, radioscopie, le pneumopéritoine même, l'utilisation systématique et généralisée des réactions biologiques, et surtout le traitement d'épreuve, vraiment efficace, nous permettent, presque à coup sûr, de la dépister. Quant à sa notion de gravité, elle a fait place, aujourd'hui, à un jugement moins pessimiste; et nous sommes certains du bénéfice que retirera le malade d'un traitement rationnel, si son affection est assez tôt diagnostiquée.

Il est pourtant un fait que les auteurs classiques avaient mis en évidence, c'est son polymorphisme, la grande variabilité de son syndrome clinique. Des recherches récentes ont encore accentué cette caractéristique, en montrant les difficultés de

diagnostic, en même temps que la fréquence, de formes méconnues des anciens, ou considérées par eux comme atypiques et rares. De ces recherches, les plus intéressantes sont celles de MM. Letulle et Bergeron, Castaigne, Balland, qui, en trouvant un Wassermann positif dans la moitié des cas de cirrhoses atrophiques de Laënnec des plus typiques, et de cirrhoses hypertrophiques avec ascite, nous ont appris à reconnaître l'hépatite tertiaire sous cette forme — MM. Letulle et Brizard ont attiré l'attention sur la fréquence de l'atteinte directe de la séreuse péritonéale par la syphilis et de l'ascite comme manifestation clinique d'une péritonite syphilitique —; celles de MM. Gilbert, Chiray, Coury, de Paillard, qui ont mis au point définitivement la question de la fièvre syphilitique et des formes fébriles de la syphilis tertiaire du foie, revêtant le masque de cirrhoses hypertrophiques anascitiques, formes sur lesquels a insisté aussi le Professeur Achard dans une leçon magistrale sur les cirrhoses syphilitiques.

Ce sont là des formes nouvelles, médicales pures, de l'hépatite tertiaire; leur méconnaissance est grave, parce qu'elle prive les malades d'un traitement vraiment curatif. Mais que dire des formes, plus nombreuses encore, qui, par l'adjonction de symptômes particutiers, simulent une affection chirurgicale et aboutissent, presque fatalement, à une intervention, pour le moins inutile. Leur méconnaissance est encore plus préjudiciable, puisqu'elle fait courir au malade, déjà affaibli, les risques, parfois graves, de ponctions exploratrices, de laparotomies, suivies ou non d'exérèses.

Certes, ce n'est pas là, non plus, un sujet nouveau; cependant il paraît encore assez généralement ignoré, pour que, avec notre Maître, M. le Professeur Denéchau, nous ayons eu l'occasion d'en observer quatre cas, dont deux furent opérés; dans les deux autres, l'intervention ne fut évitée qu'en raison du refus de l'un des malades et du mauvais état général de l'autre.

C'est l'étude que nous avons faite, à propos de ces cas de syphilis hépatique tertiaire, à forme « pseudo-chirurgicale », qui nous a amené à choisir cette question comme sujet de notre thèse inaugurale.

Sans faire ici l'historique complet de la syphilis acquise tertiaire du foie, nous voulons, du moins, mentionner les travaux ou les observations qui ont mis en valeur cette forme chirurgicale. En 1898, dans un mémoire sur « les tumeurs du foie au point de vue chirurgical », MM. Terrier et Auvray rapportent les observations, publiées jusque là, de « syphilomes opérés du foie », question qui, quelques années plus tard, a fait le sujet de la thèse de Steiner. Dans une étude plus récente, le Professeur Lejars parle « des conditions d'extrême fréquence de la syphilis hépatique, et des formes toutes chirurgicales qu'elle peut revêtir ». Il rappelle quelques observations, des plus caractéristiques, de Brault, König, Riedel, Schrager. Notons aussi les observation du Professeur Legueu, de Queyrat, celles de MM. Gilbert, Chiray et Coury, où la douleur est mentionnée ; celles du Professeur Achard ; enfin le travail récent auquel nous avons collaboré avec MM. Denéchau et Fruchaud-Brin.

Dès maintenant, nous devons indiquer que ces formes se résument en deux grands types : 1° le type douloureux, où souvent la douleur est le seul symptôme, quoique plus fréquemment d'autres l'accompagnent, mais sans avoir son importance capitale ; c'est la forme de beaucoup la plus intéressante et la plus difficile à dépister ; 2° le type où, à l'ensemble symptomatique, s'ajoute une hépatomégalie, ou une tumeur, avec des caractères plus ou moins nets de forme et de localisation.

Ainsi sont constitués des syndromes simulant, dans leur ensemble, ou par quelques caractères seulement, des affections chirurgicales plus communes, dont le diagnostic s'impose, si l'on ne pense pas à la syphilis.

Le but de notre travail est de mettre en garde contre semblable erreur.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie et pathogénie

Ce chapitre devrait comporter deux points particuliers : 1° l'étiologie de la syphilis hépatique tertiaire en général ; 2° l'étiologie propre aux formes que nous envisageons. Avouons, dès maintenant, que ce dernier point est particulièrement obscur ; et les données qui suivent se rapportent surtout à la syphilis hépatique en général.

Quelle en est d'abord la fréquence ? Fournier, sur 4.400 cas de tertiarisme, ne l'a notée que 9 fois ; elle venait en sixième ligne, dans sa statistique, après la syphilis du système nerveux, du testicule, de l'œil, du larynx, de la trachée et des poumons. Il faisait remarquer d'ailleurs que cette rareté dépendait peut-être de la difficulté du diagnostic, de la latence de cette affection, souvent méconnue. Actuellement, il semble qu'il faille revenir sur cette donnée classique : l'hépatite tertiaire est fréquente, relativement du moins. Les publications récentes en font foi, et pourtant elles ne relatent guère que les formes anormales, laissant dans l'ombre les formes classiques. Rappelons, pour mémoire, la statistique de MM. Letulle et Bergeron, trouvant 75 Wassermann positifs sur 154 cirrhoses alcooliques atrophiques ou hypertrophiques.

La forme pseudo-chirurgicale ne semble pas non plus exceptionnelle : la rapide énumération, dans notre premier chapitre, des faits publiés, nos quatre cas personnels, en fournissent la preuve. Reste à en dire le pourquoi ? Peut-être est-ce fonction de la plus grande fréquence de la syphilis en général, actuellement ; peut-être l'alcolisme, de plus en plus répandu, vient-il aider à cette

localisation ; l'on peut aussi admettre que nos méthodes actuelles d'attaque de la vérole, si elles blanchissent le malade, effaçant les lésions cutanées et muqueuses, laissent trop souvent libre cours aux lésions viscérales. L'on peut enfin se demander si l'arsenic, poison bien connu du foie, ne jouerait pas un rôle dans la lésion spécifique de cet organe. Nos propres faits plaident peu en faveur de ce dernier argument, puisque nos quatre malades ont été rapidement améliorés par la mise en jeu du traitement arsenical.

Un point qui découle de nos observations et de celles, nombreuses, que nous avons pu lire, c'est la coexistence fréquente, avec la syphilis hépatique, d'accidents nerveux : signe d'Argyll-Robertson, abolition des réflexes. Un fait communiqué par notre Maître, M. le Professeur Denéchau, montre un malade atteint d'une syphilis hépatique à forme pseudo-cancéreuse, complètement guéri par un traitement énergique, et qui, dix ans plus tard, présente les signes d'un tabès progressif. Faut-il donc admettre que le virus neurotrope serait également viscérotrope ? Nous signalons le fait, sans insister sur ce sujet si controversé.

Les autres notions étiologiques nous arrêteront peu. D'abord la question du sexe : la syphilis hépatique, d'après Hudelo, se montre 25 fois chez l'homme, contre 10 fois chez la femme ; et si Steiner, dans sa thèse sur les syphilomes opérés du foie, ne rapporte que des cas rencontrés chez des femmes, nos observations et celles que nous avons consultées montrent une proportion de 15 hommes pour 8 femmes, avec 3 hommes pour 1 femme dans les cas par nous observés. Les accidents hépatiques apparaissent en général de 10 à 15 ans après l'accident initial, mais souvent plus tôt : 3 ans, dans un de nos faits (*Obs. II*), comme dans le cas de Paul Savy ; 7 ans, dans un autre cas personnel. Nous avons déjà parlé de l'alcoolisme et de son rôle localisateur ; un simple mot du traumatisme, dans la région hépatique, qui est très net chez notre troisième malade ; des infections hépatiques antérieures, comme la lithiase, sont signalées par MM. Gilbert et Surmont.

Reste à indiquer pourquoi certaines formes sont chirurgicales. Nous verrons que les deux grands symptômes qui ont conduit à

l'intervention sont : un gros foie et la douleur. Ce gros foie, à forme tumeur, résulte de la lésion syphilitique même, qui est gommeuse, c'est-à-dire proliférante. Faut-il, pour expliquer les formes plus douloureuses, attribuer ce symptôme à la topographie des lésions de périhépatite qui accompagne la lésion du parenchyme ; à des compressions d'organes emprisonnés dans les tractus conjonctifs intra ou extra-parenchymateux ; à des poussées de simple congestion du foie ? L'étude attentive des lésions observées au cours d'interventions montre que si la périhépatite est souvent en cause, elle fait défaut parfois, comme dans notre premier cas. Disons donc que l'hépatite syphilitique peut, à elle seule, provoquer tumeur et douleur.

Enfin, une chose qui nous frappe, c'est la facilité très grande avec laquelle, aujourd'hui, l'on se résout à une intervention au moins exploratrice.

CHAPITRE II

Etude anatomo-pathologique

Ce sont les chirurgiens eux-mêmes qui, en intervenant dans les cas de syphilis hépatique pseudo-chirurgicale ; en décrivant, dans leurs observations, les lésions rencontrées, ont fait l'anatomo-pathologie macroscopique de ces formes. Les exérèses qu'ils ont pratiquées, véritables biopsies, en ont permis l'étude histologique dans les conditions les plus favorables.

Dans certains cas, ils n'ont constaté qu'un foie un peu hypertrophié, ou même de volume normal, de configuration régulière, mais de consistance accrue. Tantôt, sa couleur est normale, aucune tache, aucune saillie ne tranche à sa surface ; pourtant il s'accompagne de douleurs qui ont provoqué l'intervention : il en fut ainsi dans notre première observation. Tantôt, le chirurgien constate un semis de granulations gris blanchâtres, de dimensions variables, parfois petites, parfois grosses comme un pois : l'on pense à la carcinose miliaire, comme dans l'observation de Schrager. Le gros foie lisse et régulier est, selon la conception de MM. Gilbert, Chiray et Coury, l'expression d'une hépatite congestive, si fréquente dans les états infectieux et la forme jeune de la syphilis scléro-gommeuse ou des cirrhoses. Pour M. Lejars, ces formes, ainsi que les cirrhoses et le gros foie ficelé typique, sont purement médicales. Nous sommes d'avis qu'elles peuvent néanmoins, dans certains cas, surtout si elles sont accompagnées de douleurs intenses, en imposer pour des affections chirurgicales. Les faits cités le montrent bien.

Nous ne nous arrêtons pas à la description de la forme scléro-gommeuse, que l'on trouve si parfaitement étudiée dans

les traités ; et nous passons aux formes vraiment chirurgicales, représentées par les tumeurs isolées ou multiples, d'apparence telle parfois que la confusion est presque inévitable, si l'on ne pense pas toujours et systématiquement à la syphilis, et même si l'on y pense.

Des gomme, moyennes ou volumineuses, multiples ou rares, parfois uniques, siègent à la face convexe, près du ligament suspenseur ; ou, perceptibles à l'examen, hérissent la surface hépatique d'inégalités indurées qui rappellent le cancer nodulaire : c'est la forme pseudo-néoplasique ; gomme de dimensions tellement inusitées, d'autres fois, comme le rapporte Brault, qu'elles font penser à l'existence d'une tumeur.

Une hypertrophie considérable d'un seul lobe, le gauche par exemple, coexistant avec une atrophie du lobe droit qui est rétracté sous le rebord costal, réalise la forme atropho-hypertrophique, décrite par Gerhardt ; l'un est envahi par un processus gommeux, ou est le siège d'une hypertrophie compensatrice ; dans l'autre, le tissu scléreux prédomine.

A un stade plus avancé, cette tumeur, que la rétraction scléreuse peut énucléer, ne reste reliée au foie que par une base d'implantation plus ou moins large, souvent minime, impossible à déceler à l'examen le plus minutieux, et progresse soit vers l'hypocondre gauche, soit vers les flancs : c'est le lobe flottant.

Ces tumeurs sont parfois entourées de néo-membranes fibreuses, épaisses, opaques, qui les masquent et les font adhérer aux organes voisins. Plus souvent, cette péri-hépatite n'est pas localisée à la seule tumeur et a envahi toute la séreuse du foie, d'où partent des tractus qui relient cet organe au diaphragme en particulier. Sous cette coque fibreuse existe une tumeur, de conformation générale arrondie, mais labourée de sillons, parcourue par des dépressions lui donnant un aspect lobulé. Chaque dépression correspond à une travée scléreuse, vestige quelquefois de gomme disparues ; la coupe montre que les parties saillantes correspondent à des noyaux gommeux, que l'on reconnaît à leur forme arrondie ou polycyclique, à leur parenchyme homogène, à leur bord nettement délimité. L'association scléro-gommeuse du foie ficelé typique se retrouve donc

dans ces masses aberrantes. Le reste de l'organe présente d'ailleurs ordinairement, mais à un degré moindre, les mêmes altérations.

Des examens microscopiques, et en particulier ceux pratiqués par le Professeur Letulle, sur des pièces, véritables biopsies, reséquées par le Professeur Legueu, chez des malades dont nous reproduisons les observations résumées, nous montrent ces tumeurs histologiquement. D'abord, la dégénérescence amyloïde, discrète ou généralisée, du parenchyme hépatique, resté en apparence sain, est de règle. L'on voit ensuite des gommes, composées à leur centre d'un tissu nécrobiotique, amorphe en grande partie, où l'on reconnaît parfois quelques tractus élastiques et la lumière de vaisseaux sanguins oblitérés. A leur pourtour, des travées fibreuses, formées d'éléments cellulaires à noyaux allongés et déformés, ont un aspect caractéristique. La présence, dans ces tractus, du squelette élastique de veines oblitérées et caséifiées, montre bien que ces gommes se développent autour des vaisseaux sanguins et biliaires fondamentaux ; à leur voisinage, on rencontre de nombreuses cellules géantes. Enfin, du tissu scléreux, parsemé de cellules rondes, occupe surtout les espaces portes ; tissu au milieu duquel les rameaux portes et les artérioles hépatiques présentent des lésions d'endopéri-vascularite, sont oblitérés, et d'autant plus difficiles à reconnaître que d'innombrables néo-canalicules biliaires parcourent ce tissu conjonctif enflammé.

CHAPITRE III

Symptomatologie et évolution

La lecture des observations publiées, de syphilis hépatique tertiaire pseudo-chirurgicale, nous montre que ces hépatites se présentent sous deux types différents. Dans le premier, rentrent celles qui ne se manifestent que par la douleur et ses phénomènes associés ; dans le second, celles avec tumeur, mais où la tumeur est rarement, comme la douleur dans le premier groupe, un symptôme unique. De règle, dans cette catégorie, il y a association de la tumeur et de la douleur ; et, comme la tumeur d'ailleurs se rencontre aussi à une période plus ou moins avancée des formes purement douloureuses au début, l'on peut dire, ou bien que ces deux catégories se confondent à un certain stade de leur évolution, ou bien que le second type l'emporte de beaucoup par sa fréquence.

Dans les formes douloureuses pures, le début peut être insidieux. Le malade se plaint d'une gêne, d'une sensation de pesanteur, de tension dans l'hypocondre droit et à l'épigastre ; et c'est seulement au bout d'un certain temps que la répétition et la plus grande acuité des phénomènes douloureux l'amènent à consulter.

Dans la majorité des cas, l'apparition de la douleur est soudaine, et celle-ci, d'emblée, très brutale. Elle surprend l'individu en pleine santé, alors que rien ne l'avait fait prévoir. C'est pendant le travail, avant un repos (*Obs. IV*), la nuit (*Obs. I*), qu'elle se montre, siégeant à l'épigastre et à l'hypocondre droit, douleur « à crier », « véritable sensation d'étau l'étreignant d'avant en arrière », dit l'homme de notre *Observation I*, d'une

violence telle qu'elle force le malade à se mettre au lit, à s'étendre là où il se trouve, s'accompagnant d'angoisse respiratoire, de gêne précordiale. Sa durée ou sa répétition nécessite parfois l'emploi de la morphine. C'est une douleur localisée, comme nous l'avons dit, à la partie haute de l'abdomen, avec prédominance à droite. Elle s'irradie dans les lombes, plus fréquemment remonte vers l'omoplate droite, l'épaule, le bras droit. La respiration, la toux, la marche, tout mouvement du tronc, l'ingestion d'aliments l'exaspèrent, et le patient, anxieux, retient sa respiration, évite toute contraction musculaire. Il n'est pas rare de noter en même temps des phénomènes réflexes, tels des nausées, des vomissements, des crises de diarrhée. Parfois, une fièvre à 38° ou 39° coïncide avec l'accès. Celui-ci n'est pas en général de longue durée : une heure ou deux, dans certains cas ; une journée dans notre premier. Il disparaît alors avec tout le cortège des accidents qu'il a provoqués, mais il revient, au bout d'un temps variable, avec les mêmes caractères, quelquefois plus intenses.

L'examen ne dénote qu'un certain degré de défense musculaire, au niveau de la région douloureuse, du tympanisme abdominal, un subictère des téguments, avec parfois, dans l'urine, de l'urobiline et des sels biliaires. Pas d'ascite, de circulation collatérale, d'œdème. La fièvre a pu s'installer définitivement et osciller autour de 38° pendant les périodes d'accalmie, pour monter à 39° au moment des paroxysmes. Dans plusieurs observations, et dans notre quatrième, l'on a pu noter quelques vomissements sanguinolents.

C'est alors, si l'on n'est pas averti de ces formes de syphilis hépatique, à apparence chirurgicale, si l'on n'a pas découvert la syphilis en cause, que l'intervention semble s'imposer. La laparotomie peut ne montrer qu'un foie, de couleur normale, seulement un peu hypertrophié, sans trace de périhépatite, et l'on ne trouve aucune lésion expliquant cette douleur. Dans d'autres cas, l'on est surpris de découvrir une tumeur que l'exploration manuelle n'avait pas fait reconnaître. Là encore, la syphilis peut être méconnue ; et, si une résection n'est pas pratiquée, suivie d'un examen histologique, l'on croit

le plus souvent à un cancer primitif du foie et l'on porte le pronostic le plus grave. C'est, d'autres fois, l'évolution seule qui fait revenir sur le diagnostic et le pronostic portés. Au lieu d'aboutir à une mort rapide, le malade, en effet, continue à vivre, présentant les mêmes paroxysmes douloureux, souvent accompagnés d'ictère. L'examen alors montre le foie volumineux, qui augmente, mais non d'une façon progressive, comme dans le cancer. Il en fut ainsi dans nos *Observations IV et V*, où la survie seule conduisit à l'essai d'un traitement spécifique qui fit faire le diagnostic. Bien des cas semblables doivent rester ignorés.

Les formes avec tumeur ont un début généralement insidieux, qui se manifeste par des troubles digestifs : la perte de l'appétit, des nausées, des vomissements, des alternatives de constipation et de diarrhée. On ne saurait dire qu'il n'existe pas de douleur à cette période, mais il s'agit plutôt d'une gêne persistante coupée de rares crises plus aiguës. L'état général vite se prend, l'amaigrissement est progressif. Fréquemment un état subfébrile, ou une fièvre continue s'installe définitivement, avec les caractères étudiés par MM. Gilbert, Chiray et Coury. Des épistaxis répétées, des hémorragies digestives avec hématoméses et méléna ne sont pas rares.

C'est alors que l'examen physique est pratiqué, et d'emblée l'on est frappé du développement parfois considérable de la région sus-ombilicale de l'abdomen et de la partie inférieure du thorax, contrastant avec l'amaigrissement marqué de la partie haute de la poitrine et des membres. L'épigastre est saillant. L'ascite, décrite par Fournier comme presque constante dans la syphilis tertiaire du foie, est une rareté dans les formes pseudo-chirurgicales, mais l'on peut noter un léger œdème des membres inférieurs et une circulation collatérale, visible sous une peau sèche, jaunâtre, plombée. Un ictère léger se rencontre, mais sans décoloration des matières fécales, sans cholurie ; l'ictère vrai n'est que très rarement observé dans des cas tous spéciaux de compression des voies biliaires ; plus rarement encore l'ictère grave.

La palpation et la percussion montrent une tumeur, sensible

ou indolore, semblant faire partie du foie ou nettement séparée de lui, avec des caractères très variables et tels que nous les avons décrits dans un chapitre précédent. Tantôt, cette tumeur est immobile; tantôt, elle est mobile et suit les mouvements du diaphragme au cours de la respiration; ou bien elle se déplace seulement latéralement, parfois dans le sens antéro-postérieur, par le palper bimanuel, comme dans notre troisième cas. La respiration est difficile, par suite du refoulement du diaphragme, de la périhépatite, fréquente dans cette forme, qui unit ce muscle au foie, à la tumeur, et par suite des adhérences, fréquentes aussi, des culs de sac pleuraux sus-jacents. L'appareil circulatoire est en général normal. Les urines diminuées, chargées d'urates, pauvres en urée, sont presque de règle albumineuses, et contiennent de l'urobiline.

Un symptôme capital est l'hypertrophie de la rate, que la percussion et même la palpation permettent toujours de reconnaître dans l'hépatite tertiaire. Elle peut être sensible. Nous verrons plus loin son importance dans le diagnostic de la syphilose hépatique.

L'évolution de ces formes, comme de celles que nous avons groupées dans un premier type, diffère peu, qu'il y ait eu intervention, avec ou sans résection, ou abstention chirurgicale. Seule la connaissance de la syphilis en cause peut influencer sur cette évolution. Sa méconnaissance, au contraire, permet à la tumeur d'évoluer, de provoquer les accidents secondaires sous la dépendance de sa morphologie, à l'atteinte générale de s'accroître. Mais un caractère qui, parfois, à lui seul, éclairera l'étiologie, c'est la grande lenteur de cette évolution et la longévité qui précède la cachexie terminale.

CHAPITRE IV

Formes cliniques

Les deux formes essentielles de l'hépatite tertiaire pseudo-chirurgicale sont, nous venons de le voir, la forme douloureuse et la forme avec tumeur. Or, une analyse minutieuse des faits permet de subdiviser chacune d'elles en un certain nombre de variétés qui constituent les formes cliniques de cette affection.

Dans les formes douloureuses, on peut distinguer un premier type dans lequel la douleur rappelle la crise de colique hépatique, vésiculaire ou cholédocienne. Le plus souvent, c'est la première qui semble en cause, si l'on tient compte de l'intensité de la douleur, des nausées, des vomissements qui l'accompagnent, de la légère réaction thermique constatée, de l'absence d'ictère vrai. La répétition des crises, la durée de l'affection et, à un stade ultérieur, l'apparition d'une tuméfaction, au-dessous du foie, confirment le diagnostic. Une observation rapportée par M. Lejars et que nous résumons (*Obs. XII*), en est un exemple : seule l'intervention fit éliminer la lithiasé vésiculaire.

Certains faits, avec ictère par rétention, précédé de douleurs intenses, simulent la colique cholédocienne. Notre malade n° 3 vient d'en présenter un type achevé. Récemment, en effet, sans cause, il fait une crise douloureuse intense, avec nausées, suivie d'ictère, s'accompagnant de décoloration des matières ; un traitement intensif par le cyanure de mercure semble remédier rapidement à cette nouvelle poussée.

Un autre type, assez fréquent, simule par la douleur à l'épigastre, renforcée par l'ingestion d'aliments, les nausées, les

vomissements et parfois les hématomés, des crises gastriques véritables, en imposant pour un ulcère de l'estomac ou du duodénum. Ces accidents sont parfois si caractérisés que, même en possession de la notion de syphilis antérieure, d'un Wassermann positif, le chirurgien, dans le doute, intervient. Il en fut ainsi dans le cas de Schrager (*Obs. XV*). Notre malade n° 2, avec ses douleurs, ses vomissements, son hématomèse, fut un certain temps étiqueté ulcère de l'estomac et traité comme tel.

L'on pourrait décrire des formes pseudo-appendiculaires, pseudo-néphrétiques ; là encore la syphilis peut tout simuler.

Quant aux variétés du second type, le type avec tumeur, elles sont plus nombreuses encore. Nous les distinguerons, avec M. Lejars, sous deux chefs, selon qu'il s'agit de gros foies massifs, ou, au contraire, du développement d'un point localisé de cet organe.

Une première variété fréquente est celle qui simule le kyste hydatique. L'on voit, presque sans phénomènes fonctionnels, une tuméfaction arrondie, mate, mobile avec les mouvements respiratoires, se développer sous les fausses-côtes droites, déformant l'hypocondre droit ; d'autres fois, c'est une douleur sourde qui attire l'attention de ce côté, et pour peu qu'une poussée d'urticaire survienne, comme dans un cas rapporté par M. Lejars, le kyste hydatique paraît certain. Le fait tout récent de MM. Simon et Renty (*Obs. VIII*) en est un nouvel exemple.

La même masse, nettement hépatique comme siège et comme caractères cliniques, mais accompagnée de fièvre, de douleur, avec un peu de subictère, survenant parfois après quelques troubles intestinaux, fait porter le diagnostic d'abcès du foie.

C'est enfin une augmentation régulière et progressive du foie, avec induration, s'accompagnant de bosselures, ou, d'autres fois, au contraire, en étant indemne, qui fait penser à un cancer primitif ou secondaire du foie. C'est là, pour M. Lejars, une forme médicale, mais qui a conduit, par la durée même de l'évolution, à mettre en doute le diagnostic et à provoquer une intervention exploratrice. König a insisté sur ces formes douteuses et sur l'utilité, en pareil cas, de penser à la syphilis.

Les formes à tumeurs localisées peuvent revêtir aussi des

caractères très différents, selon la lésion elle-même et les régions où la masse évolue. Elles pourront simuler des affectations déjà décrites. C'est ainsi que la gomme unique plus ou moins volumineuse, saillante, fait penser au kyste hydatique, on à un noyau cancéreux, si l'atteinte de l'état général est déjà manifeste. Des tumeurs scléro-gommeuses se développant dans le voisinage de la vésicule et des canaux biliaires, même sans que ceux-ci soient directement intéressés, sont susceptibles, comme le rapporte Riedel, et comme le rappelle Lejars, de provoquer de véritables « accidents biliaires » ; c'est donc ici encore la forme pseudo-vésiculaire qui est simulée (*Obs. XIII*). Ces mêmes tumeurs peuvent être prises également pour des masses cancéreuses.

D'autres fois, c'est une masse apparaissant dans l'hypocondre gauche et confondant sa matité avec celle de la rate, alors qu'elle semble séparée du foie par un zône sonore ; son bord dur, crénelé bien souvent, fait penser à une tumeur splénique, ou à une hématome de la rate, si, comme dans notre troisième cas, un traumatisme de l'hypocondre gauche a précédé l'apparition de la tumeur.

L'évolution vers la région lombaire, s'accompagnant de douleurs à ce niveau, pour peu qu'il existe des troubles urinaires, sous la dépendance de la tumeur elle-même ou d'un rein mobile, en impose pour un syndrome rénal. L'on porte le diagnostic de tumeur du rein, d'hydronéphrose (*Obs. XI*).

Enfin, la masse est-elle pédiculée, a-t-elle perdu toute connexion, en apparence du moins, avec le foie, elle présentera les caractères d'une tumeur de l'épiploon (*Obs. XIV*), d'une tumeur intestinale, même d'un fibrome pédiculé, d'un kyste de l'ovaire.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic de la syphilis tertiaire du foie, difficile dans tous les cas, est particulièrement malaisé dans ses formes pseudo-chirurgicales. Ne peut-on pas dire, en effet, que ces dernières ont toutes abouti à une erreur d'interprétation, corrigée trop souvent par la seule intervention chirurgicale ? Pour établir leur diagnostic, il faut tout d'abord, partant des faits publiés, se rappeler la fréquence de la localisation de la syphilis sur le foie, sans oublier qu'elle peut affecter les types cliniques les plus variés, les formes les moins suspectes en apparence. C'est pour elles que la phrase classique de Ricord est particulièrement judicieuse : « La vérole vieille a la mine honnête ». Nous croyons aussi qu'un examen plus attentif des symptômes doit permettre, dans bien des cas, à un esprit averti, de reconnaître la simulation, souvent grossière et imparfaite, entre l'affection dont le diagnostic, *a priori*, s'impose, et la syphilis en cause. Nous avons même plus aujourd'hui, et la pratique des réactions biologiques permet, presque à coup sûr, de porter un diagnostic précis, soit en fournissant une preuve directe, soit en permettant d'infirmier un diagnostic, ce qui limite, par là même, le champ des hésitations.

Comme pour la symptomatologie et les formes cliniques, nous diviserons le diagnostic différentiel en deux parties, selon qu'il s'agit de formes douloureuses ou de formes avec tumeur. Nous ferons ensuite le diagnostic général de la syphilis basé sur les diverses méthodes que nous avons aujourd'hui à notre disposition.

La douleur est souvent le symptôme majeur de l'hépatite tertiaire, nous l'avons vu ; or, elle appartient à tant d'affections de la région supérieure de l'abdomen, qu'il faut serrer de très près la symptomatologie, rechercher les signes connexes, attendre l'évolution, pour éliminer les causes d'erreur trop nombreuses.

C'est la lithiase biliaire qui sera le plus souvent incriminée. Il s'agit en effet de malades encore jeunes, présentant des douleurs paroxystiques dans la région hépatique, avec subictère et souvent avec fièvre. Comment chez eux ne pas croire à une colique hépatique, à une cholécystite ? Les crises pourtant se prolongent, la température persiste des semaines et des mois ; bientôt le foie devient gros, la rate s'hypertrophie, la lithiase devient moins probable. La recherche de la cholestérine sera négative. Dans le doute, un esprit averti recherchera une syphilis possible, tentera une cure d'épreuve, qui montrera la nature spécifique de l'affection.

D'autres fois, les douleurs prennent l'allure de crises pyloriques ; elles en ont l'horaire, les vomissements ; une hématomèse semble la signature de l'ulcération gastrique. Là encore, peu à peu, les troubles se déformeront ; ils seront moins typiques et s'accompagneront d'une teinte jaune, d'une hypertrophie du foie, d'une rate volumineuse, d'un peu de température. Le doute apparaîtra et conduira à la même épreuve thérapeutique que tout à l'heure, avec ou sans réaction positive de Bordet-Wassermann.

Il n'est pas jusqu'à la colique néphrétique qui ne puisse être simulée. Mais c'est encore une colique anormale, bâtarde, peut-on dire, autant hépatique que rénale, sans lithiase décelable ni cliniquement, ni radioscopiquement, qui aboutira, elle aussi, à une hépato-splénomégalie.

Nous avons vu qu'une de nos observations, particulièrement douloureuse, aboutit à un double épanchement pleural (*Obs. I*). Plusieurs faits signalés sont identiques au nôtre. La douleur, au lieu d'être abdominale, peut donc être thoracique. Pour ces cas encore, la déformation des symptômes, l'apparition d'un gros foie, d'une grosse rate, d'un subictère, etc... doit conduire au doute, faire suspecter la grande simulatrice qu'est la syphilis.

Enfin, certaines appendicites, certaines réactions douloureuses coëlialgique, surrénales, pancréatiques, colitiques même, pourraient prêter à l'erreur. Nous ne saurions envisager ici tous les facteurs si nombreux de douleurs du carrefour sous-hépatique.

Les formes avec tumeur semblent moins facilement sujettes à erreur ; car l'on a, dès le début, à l'examen clinique, des signes d'incontestable valeur, fournis par la tumeur elle-même. Et pourtant, combien de diagnostics erronés ne relevons-nous pas dans les faits publiés ?

C'est le cancer du foie, primitif ou secondaire, qui est le plus souvent diagnostiqué. Il faut reconnaître qu'il présente, avec la syphilis, beaucoup de caractères communs, tenant à la tumeur elle-même, identique dans les deux cas, aux troubles digestifs, à l'amaigrissement du malade. Un grand appoint, pour le diagnostic de lésion spécifique, est la connaissance même de ces fréquentes erreurs commises. L'évolution plus rapide et progressive de la lésion, l'atteinte profonde de l'état général, conduisant à une cachexie précoce, des adénopathies sus-claviculaires seront en faveur du néoplasme. La lenteur de l'évolution de la lésion, la longue conservation d'un état général satisfaisant, l'apparition de périodes d'amélioration, l'hypertrophie splénique permettent à coup sûr d'éliminer le cancer du foie.

Le kyste hydatique a été diagnostiqué dans trois des observations que nous relatons. Il devrait être éliminé pourtant, grâce à l'apparition d'une grosse rate, à l'absence de poussées d'urticaire, liées à l'intoxication hydatique, à l'examen du sang, qui fournit deux symptômes importants. C'est : d'une part, la réaction de fixation de Weinberg et Parvu ; d'autre part, l'éosinophilie, découverte par MM. Achard et Clerc, qui montre, par la numération des globules blancs, une proportion d'éosinophiles variant entre 4 et 12 0/0, mais pouvant atteindre un taux beaucoup plus élevé. Rappelons, avec le Professeur Achard, que le kyste hydatique formant tumeur, se détache nettement du foie en une bosse-lure unique, qu'il a des contours nets à la palpation et à la radioscopie, qu'il ne provoque pas d'induration du parenchyme, appréciable au palper.

Les abcès du foie peuvent être incriminés ; la fièvre, la douleur,

une infection locale siégeant dans le domaine de la veine porte, ou une dysenterie ancienne pouvant y aider.

Il en est de même de la vésicule biliaire distendue, formant tumeur : quatre de nos observations en témoignent. C'est l'étude approfondie des antécédents, des symptômes : douleur avec son siège, ses irradiations, son mode de répétition, la fièvre, qui pourra, si l'on est averti du syndrome de « cholécystite syphilitique » faire éliminer la lithiasie pure. Une rate hypertrophiée, l'absence de cholestérinémie tranchent le doute en faveur de la syphilis.

Toutes ces causes d'erreur sont, on le voit, difficiles à éliminer ; il faut surtout, pour le faire, répétons-le, penser à la syphilis, la rechercher systématiquement, en mettant en œuvre toutes les méthodes d'investigation que la clinique et la biologie moderne mettent à notre disposition. Certes, nous n'ignorons pas que les affections précitées peuvent coexister avec la syphilis, chez le même individu. Mais le fait qu'un sujet est atteint d'avarie, s'il n'explique pas sûrement le trouble ou la lésion qu'il présente, doit du moins conduire à une cure spécifique dont l'effet sera peut-être probant.

L'interrogatoire doit porter sur le malade lui-même, sa femme, ses enfants. La recherche de stigmatisme de syphilis ancienne comprendra l'exploration de toute la surface cutanée, des muqueuses, du squelette : la découverte d'une cicatrice de chancre, de gommès en évolution, d'une syphilide pigmentaire, d'une leucoplasie suffit pour éclairer le diagnostic. L'examen de l'appareil circulatoire, du système nerveux surtout, du fait, comme nous l'avons déjà dit, de la coexistence fréquente de la syphilis nerveuse et de la syphilis hépatique, ne doit pas être omis ; il révélera parfois une simple inégalité pupillaire, un signe d'Argyll-Robertson, l'abolition des réflexes rotuliens ou achilléens.

La réaction de Bordet-Wassermann, discutée théoriquement chez les hépatiques avec ictère, conserve néanmoins toute sa valeur. Il convient, dans tous les cas suspects, de la mettre en œuvre, après réactivation ; et, au besoin, de la pratiquer plusieurs fois de suite dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Une

réaction positive, si elle n'indique pas sûrement la nature syphilitique exclusive de l'affection, affirme au moins la syphilis du sujet. Une réaction négative ne permet pas d'écarter l'hypothèse d'une syphilis, surtout d'une syphilis tertiaire, et ne doit pas exclure l'épreuve du traitement spécifique.

Le traitement d'épreuve peut apporter au diagnostic un appoint considérable, et l'on doit y avoir recours quand le doute persiste, malgré un Bordet-Wassermann négatif, avant de se résoudre à l'acte opératoire. Un traitement bien conduit ne saurait, en effet, présenter de dangers, et il n'est pas de cas où l'on ne puisse attendre son résultat avant d'intervenir. Dans les syphilis viscérales ignorées, son action, en quelques jours, peut être surprenante. Il permet de poser un diagnostic précis et d'éviter l'institution d'une thérapeutique inutile.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement de la syphilis hépatique tertiaire doit être un traitement médical. Dès que l'on s'est assuré de l'intégrité des reins et après une analyse d'urines, il faut instituer un traitement d'attaque, d'emblée énergique. La présence, dans les urines, comme il est fréquent dans l'hépatite tertiaire, d'une faible quantité d'albumine, n'est pas une contre-indication ; mais une surveillance plus grande de la fonction rénale s'impose.

La thérapeutique met à notre disposition trois produits, dont deux déjà ont fait leurs preuves.

Le mercure, et en particulier le cyanure, en injections intra-veineuses, est recommandé, dans ces cas, par de nombreux auteurs ; il donna d'excellents résultats chez notre premier malade. Il joindrait à son action spécifique une action diurétique. En lui adjoignant, comme l'a préconisé Milian, le carbonate de bismuth, per os, à la dose de 1 à 3 grammes, l'on préviendrait les accidents d'ordre toxique de la médication mercurielle. Le cyanure se donnera à la dose de 0 gr. 01 par jour, ou tous les deux jours, en série de 15 à 20 injections.

L'arsenic, sous forme de néo-salvarsan ou de sels nouveaux, en injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses, se montre très efficace. Si sa réaction sur le foie a pu faire discuter son emploi dans les affections hépatiques, les résultats qu'il a donnés dans nos quatre cas sont tout en faveur. Dans le cas de Queyrat (*Obs. XVI*), il fut admirablement supporté, à la dose totale de 2 gr., 40 de salvarsan en 7 injections. Une bonne médication nous paraît être le 914, injecté aux doses de 0 gr. 15,

puis de 0 gr., 30, en répétant les injections tous les trois ou quatre jours. La série sera de 8 à 12 injections. De cette façon, l'on peut, avec avantage et sécurité, faire un traitement actif. Notre quatrième malade fut très amélioré par 20 piqûres d'Hectine B, en injections journalières.

Le bismuth, en injections intra-musculaires de sels insolubles, semble donner d'aussi bons résultats que le cyanure. Le muthanol fut employé avec succès, semble-t-il, chez nos deux premiers malades. L'on fera, en général, deux injections, par semaine, de 0 gr. 20 de sels insolubles, et la série comportera 10 à 12 injections. Les urines et les dents doivent être particulièrement surveillées.

La meilleure façon de comprendre le traitement est d'associer, en séries alternées, et selon les cas, le cyanure de mercure, l'arsenic, le bismuth. Enfin, après ce traitement d'attaque, un traitement d'entretien doit être continué pendant plusieurs années.

Le traitement spécifique a une action incontestablement rapide sur ces formes pseudo-chirurgicales de la syphilis tertiaire du foie; et de même que, très rapidement, comme l'ont fait remarquer MM. Gilbert, Chiray et Coury, il juggle la fièvre syphilitique, de même, ici, il fait disparaître la douleur. Son efficacité dans les formes avec tumeur est non moins marquée. Les tumeurs gommeuses régressent rapidement et nous renvoyons à nouveau à la très belle observation de Queyrat. Dans les formes à gros foies, la diminution est plus lente, jamais elle n'est considérable, mais toujours nette cependant. Le point capital est la transformation rapide de l'état général; l'appétit revient, le malade engraisse et peut bientôt reprendre ses occupations.

C'est à propos des tumeurs scléro-gommeuses localisées que l'on a été amené à envisager le traitement chirurgical. S'il est vrai que la syphilis tient une large part dans les cas d'hépatéctomie pour tumeurs, toujours, dans ces cas, l'on était intervenu sur une erreur de diagnostic. Mais, devant les heureux résultats acquis parfois, les chirurgiens ont pu préconiser la résection de tumeurs scléro-gommeuses pédiculées, du moins bien isolées. Nous ne croyons pas que ce traitement doive être d'emblée mis en œuvre. Quand on a pu faire la preuve de la nature

syphilitique d'une semblable tumeur, le traitement médical doit toujours intervenir le premier ; et ce n'est que dans les cas où, après son action, il persiste des gênes fonctionnelles, des douleurs, des accidents de compression, pylorique ou biliaire, par exemple, que le recours à l'action chirurgicale est alors indiqué. Enfin si, sur un diagnostic erroné, une laparotomie est pratiquée, et que le chirurgien, devant une tumeur bien pédiculée, fasse une exérèse, il faut encore, après l'examen histologique, ayant fait reconnaître la nature syphilitique de la tumeur, avoir recours au traitement spécifique, qui agira sur les lésions hépatiques restantes, plus importantes parfois que celles qui formaient la tumeur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle, en collaboration avec MM. DENÉCHAU et FRUCHAUD-BRIN)

Il s'agit d'un homme, M. G..., âgé de 31 ans, chauffeur d'automobile, d'antécédents héréditaires excellents, ayant un frère et une sœur bien portants; une autre sœur est morte, à 4 ans, du croup. Personnellement, l'on ne note chez lui qu'une rougeole; puis, pendant le service militaire, une scarlatine sans albuminurie. Il fait la guerre dans l'infanterie, et n'est ni blessé ni malade. Marié depuis trois ans, il a un enfant de 17 mois, bien portant; sa femme n'a pas fait de fausse couche.

Le 29 juin 1922, en pleine santé, il est pris à dix heures du soir, dans son premier sommeil, d'une douleur extrêmement violente, au creux de l'épigastre, dans tout l'hypocondre et le flanc droits, s'irradiant en ceinture : c'est, dit-il, une véritable sensation d'étau, jamais ressentie jusque là, qui l'étreint d'avant en arrière, qui le réveille en sursaut, le fait s'asseoir sur son séant, provoquant une contraction de tout son être. Il ne présente pourtant ni vomissement, ni arrêt des matières et des gaz, ni diarrhée. Cette douleur persiste toute la nuit, ainsi que le lendemain matin. Le Docteur M..., appelé en hâte, ne constate qu'une très légère température, 37°,6; pas de réaction de défense dans la région appendiculaire, mais une douleur nette, au palper, dans la région de la vésicule et un foie très volumineux. Les urines sont normales, il n'y a pas d'ictère.

Très rapidement, ces phénomènes s'atténuent et disparaissent en 48 heures; G... semble guéri, et est sur le point de reprendre son travail, lorsque, le cinquième jour la même crise réapparaît, à 9 heures du matin, aussi intense que la première, s'accompagnant d'un certain degré d'angoisse respiratoire et de gêne précordiale. Le facies est mauvais, le pouls un peu fréquent, la douleur horrible. La réaction douloureuse dans la région du foie s'accroît au palper. En présence

de ces symptômes, le médecin pensant à un abcès du foie, fait venir d'urgence un chirurgien qui, devant l'intensité des phénomènes douloureux, la résistance au palper, la douleur provoquée dans la région sous-hépatique, pense à un abcès sous-phrénique, et pratique sans retard une laparotomie. A sa surprise, il ne trouve aucune lésion du péritoine, aucune fausse-membrane; il y a encore moins d'abcès collecté. Par contre, le foie apparaît énorme, un peu rouge, mais lisse et régulier; il n'y a ni bosselure, ni voussure. Les ponctions exploratrices le montrent un peu dur, sans trace d'abcès. L'on referme. Les suites opératoires sont d'ailleurs régulières. Cette intervention, parfaitement supportée, paraît avoir amélioré le patient qui ne souffre plus; il peut s'asseoir, il urine régulièrement, ne présente pas d'ictère; son appétit, un moment disparu, semble renaître. Il peut se lever au 14 juillet. Le lendemain, pourtant, il ressent une tension très pénible à l'épigastre et dans le flanc droit, avec une gêne respiratoire marquée. Il doit s'aliter, présente de l'œdème et va vers une cachexie rapide. C'est pour ces troubles qu'il entre, sur le conseil du chirurgien, à la clinique médicale d'Angers.

A son entrée, le 29 juillet, l'on est en présence d'un homme extrêmement amaigri, pesant 62 kilogs, présentant de l'œdème des cuisses, du tronc, et de la région rénale, œdème blanc, mou et indolore. Sa dyspnée est marquée; au repos, l'on note 32 respirations à la minute, sans modification du type respiratoire; sa température oscille entre 38 et 39°; ses urines atteignent 600 cent. cubes par 24 heures, hautes en couleur, sans albumine ni pigments biliaires. Au premier examen, l'on est surpris du développement considérable de la région supérieure de l'abdomen et de la partie inférieure du thorax; il existe, à ce niveau, un véritable évasement et une saillie de l'épigastre. La percussion montre un foie énorme remontant à la 4^e côte, et descendant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic; son bord inférieur est senti assez difficilement, de par la résistance de la paroi; il semble dur, régulier, l'hypertrophie portant surtout sur le lobe droit. La mensuration donne 18 c/m, à la fois sur la ligne axillaire, sur la ligne mamelonnaire, et sur la ligne parasternale; 14 c/m seulement sur la ligne médiane. Sa face antérieure dans la partie débordante, semble lisse, autant que le palper peut le montrer; ce dernier n'est d'ailleurs que peu douloureux.

Le reste du ventre est tendu; la peau, d'une couleur gris cendrée, présente un peu d'œdème et une légère circulation collatérale portocave supérieure. Il n'existe pas d'ascite. Chose intéressante, la rate est volumineuse; elle n'est pas sentie, mais atteint cinq travers de doigt; elle est facile à délimiter en avant et en bas, difficile au contraire en arrière, par suite d'une matité pleurale perçue dès le premier jour.

L'examen du thorax, en effet, montre un double épanchement

pleural, assez volumineux à droite, remontant à la 4^e côte, limité aux quatre derniers espaces à gauche. La matité est nette, avec une ligne de Damoiseau évidente, tournant à droite, restant postérieure à gauche. On constate de l'obscurité respiratoire, un souffle pleurétique, un peu fort et rude à droite, doux à gauche, un signe du sou positif. Le cœur semble normal et non dévié. La pression artérielle est basse : 9 et 7 au Lian. Tous les réflexes cutanés, tendineux, oculaires, sont normaux ; la langue est belle, pas de leucoplasie buccale, les urines sont normales. Le facies est pourtant jaune, un peu terreux, la figure est balafmée par une cicatrice de brûlure ancienne.

Devant la dyspnée et la présence d'un double épanchement, le premier soin est d'évacuer la pleurésie droite ; la ponction ramène 3/4 de litre d'un liquide citrin ; l'examen cytologique montre une lymphocytose abondante, avec hématies nombreuses. Une pneumoséreuse pratiquée immédiatement permet un examen radioscopique plus facile. Ce dernier montre, le 2 août, les sommets peu transparents, mais sans lésions véritables ; une obscurité des deux bases pulmonaires ; un foie très étalé et très volumineux ; un cœur normal ; le médiastin peu transparent.

C'est en face de ce syndrome, et après cette histoire complexe, que le diagnostic est discuté ; très aidés par la laparotomie exploratrice, nous éliminons toute collection intra ou péri-hépatique, le néoplasme secondaire du foie, un kyste hydatique. Seuls, les leucémies, la cirrhose hypertrophique, la cirrhose tuberculeuse, la syphilis du foie, et peut-être le foie amyloïde semblent devoir être retenus. L'absence certaine d'éthylisme, le peu de circulation collatérale, l'absence d'ascite, font éliminer la cirrhose hypertrophique simple, le foie amyloïde pur. L'examen du sang, pratiqué le 12 août, donne 5.828.000 globules rouges et 18.290 globules blancs, mais la formule leucocytaire est normale, et nous ne saurions incriminer une leucémie.

C'est alors que, en interrogeant plus minutieusement le malade, nous apprenons de lui, avec peine, qu'il a contracté en 1915, pendant la guerre, une syphilis avec chancre induré, traitée par trois injections intra-veineuses de Novarsénobenzol ; il n'a jamais eu d'accident depuis, a pu finir la campagne, se marier, avoir un enfant bien portant. Il a oublié cet incident, à peine digne d'être rappelé, croit-il, et auquel il n'attache aucune importance. C'est là, pour nous, la pierre d'achoppement du diagnostic : ce foie est syphilitique ; il en a l'apparence objective à l'examen clinique, à l'intervention. Il en a surtout la grosse rate ; le traitement mis en œuvre nous en fournit, d'une façon presque immédiate, la preuve.

Nous lui faisons sans retard un traitement arsenical, intra-musculaire, par petites doses répétées. Nous injectons, tous les deux jours, 0 gr. 15 de 914, et, au neuvième jour, soit à la quatrième piqûre, la

température ne dépasse plus 38° ; le malade se reprend à vue d'œil, son foie diminue de 3 centimètres, sa rate également, mais d'une façon moins marquée. Les épanchements pleuraux persistent ; le gauche augmente, remontant jusqu'au cinquième espace. L'on doit pratiquer quatre ponctions du 1^{er} au 15 août ; l'on retire un litre à chaque fois. Le 8 août, le liquide ramené de la plèvre droite et très nettement hématique ; il sera citrin huit jours plus tard, puis il disparaîtra, laissant des frottements à gauche, avec encore un peu de liquide à droite.

Au 29 août, l'auscultation la plus minutieuse ne montre que quelques frottements aux deux bases, qui disparaîtront dès le début de septembre.

A partir du 13 août, le 914 sera remplacé par le cyanure, en injections intra-veineuses quotidiennes ; l'amélioration semble encore plus rapide. La température qui monte, après une ponction, à 39°, le 19 août, tombe le 22, et elle restera autour de 37° définitivement. Le foie diminue rapidement ; le 19 septembre, il ne déborde plus le rebord costal ; il atteint seulement 13 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La rate diminue également ; elle sera de 10 centimètres à la fin du mois d'août, et, le 19 septembre de 7 c/m 5, tant sur la ligne verticale que transversalement.

Le 23 septembre, G... rentre chez lui ; il ne souffre plus, ne tousse plus ; il retrouve son poids normal de 64 kgs 500 ; il s'alimente régulièrement, le ventre est souple, le foie ne déborde plus, sauf au niveau de son lobe gauche ; la rate reste un peu grosse. Il continue chez lui une série de traitements, tantôt du muthanol, dont il aura quinze piqûres, tantôt de cyanure, puis de sirop de Gibert. Il reprend son travail dès le début d'octobre et le fait normalement.

Revu en décembre, cliniquement il semble normal, en dehors d'une rate grosse et d'un foie encore senti à l'épigastre. Une radioscopie montre les poumons, avec un peu de sclérose hilare ; mais dont les culs de sac s'ouvrent d'une façon normale ; le médiastin est un peu voilé ; le foie est visible et semble encore volumineux. L'estomac se remplit normalement, il reste collé au foie ; son évacuation est régulière.

G... semble guéri ; il continue encore un traitement spécifique systématique.

Notons, en terminant, que la réaction de Wassermann s'est toujours montrée négative, dans le sang, le liquide pleural et le liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION II

(Personnelle, en collaboration avec MM. DENÉCHAU et FRUCHAUD-BRIN)

M. B..., boucher, 39 ans, vient consulter, le 13 juillet 1922, pour des troubles gastriques. Ses antécédents héréditaires ne montrent rien d'intéressant ; personnellement, il a eu une scarlatine à 17 ans et semble avoir fait quelques excès éthyliques ; il est marié, a un enfant âgé de 9 ans ; sa femme n'a pas fait de fausse couche.

Ses troubles actuels remontent à près de 11 ans. C'est à 28 ans, en 1912, qu'il présente dans l'hypocondre droit et un peu à l'épigastre une gêne persistante, une sorte de pesanteur, parfois intense et permanente. De temps à autres, apparaissent des crises, marquées par une douleur très violente, qui forcent le malade à se coucher. Elles siègent à l'hypocondre droit, depuis la cinquième côte, jusqu'à un travers de doigt au-dessous du rebord costal, ne s'irradient pas, et sont soulagées par une compression large, au moyen d'une ceinture très serrée. Sans traitement, ces phénomènes s'atténuent, et B... peut faire la guerre, d'abord dans l'infanterie, puis dans le ravitaillement ; il ressent simplement les pesanteurs de jadis, mais sans crises douloureuses.

En 1918, se trouvant en observation à l'hôpital, pour diphtérie possible, il ressent quelques nouvelles misères, bien moins vives pourtant que les crises passées ; et, en se palpant, il est surpris de trouver une masse qui dépasse les fausses côtes, semble dure et est un peu douloureuse. Examiné par le médecin traitant, il est considéré comme ayant une tumeur du foie ; on veut le soumettre au chirurgien pour l'intervention, il s'y refuse. Il subit alors divers traitements, mais pas de cure spécifique. On lui fait plusieurs examens radioscopiques, à l'occasion de nouvelles douleurs s'irradiant dans l'épaule droite et dans la région lombaire, puis il est démobilisé et reprend son métier de boucher.

En 1922, les phénomènes douloureux réapparaissent, plus intenses qu'avant ; ce sont des sensations de gonflement à l'épigastre et à l'hypocondre droit, suivies de débâcles diarrhéiques. L'appétit est diminué ; B... a maigri notablement, il présente une température aux environs de 38° ; il n'a pas d'hémorragies, pas d'hémorroïdes, pas de vomissements. L'examen montre un homme fortement amaigri, ayant perdu, dit-il, 15 livres en quelques mois ; il a le teint jaune paille, son faciès rappelle celui des cancéreux. Dès qu'on le découvre, on est étonné de l'amaigrissement de la région thoracique, dont les côtes sont visibles, et de l'énorme développement de la région supérieure de l'abdomen. L'hypocondre droit est fortement déjeté, et l'on voit,

à son niveau, une masse soulever la paroi abdominale. Le palper montre que c'est le foie qui est en cause, sous forme d'une masse énorme, un peu globuleuse, débordant l'ombilic de deux travers de doigt, et ayant, sur la ligne médiane, 23 centimètres de haut, tandis que le lobe droit, moins volumineux, ne donne que 18 centimètres. Le bord, facile à sentir, est dur, régulier. La rate est également très volumineuse, elle a 14 centimètres de haut, elle est sentie au palper. Pas de circulation collatérale, pas d'ascite. Le toucher rectal est négatif. Les poumons sont normaux, et pourtant les deux bases pulmonaires sont mates : à gauche jusqu'à la neuvième côte; à droite, à la huitième, matité relevant, semble-t-il, de l'hyperhépto-splénomélagie. Les urines sont albumineuses, le cœur normal, la pression artérielle de 14 et 8. Les selles sont un peu pâtesuses, mais non décolorées, ne renfermant pas de sang aux réactions de Weber et de Meyer.

En face de ces lésions, le diagnostic de cancer se pose, avec celui de syphilis ; or, le malade avoue une syphilis à 25 ans, à peine soignée ; ce serait trois ans plus tard que les accidents aigus auraient fait leur apparition. Un Wassermann pratiqué le 16 juillet 1922 est fortement positif. La rétention azotée recherchée à ce moment est un peu supérieure à la normale ; après un régime lacté, elle est en effet de 0 gr. 50. En dépit de l'albuminurie, un traitement de Novarsénobenzol est institué, en injections intra-musculaires ; on injecte avec prudence 3 gr. 50. Immédiatement, l'état général se transforme, les douleurs disparaissent, le foie diminue ; mais, chose curieuse, cette diminution porte presque uniquement sur le lobe droit que l'on voit rapidement revenir derrière le rebord costal, le lobe gauche restant au voisinage de l'ombilic. Une cure ultérieure de bismuth sera pratiquée, avec surveillance des urines ; puis de cyanure.

Le 15 février 1923, le foie reste très volumineux au niveau de son lobe gauche qui atteint, sur la ligne médiane, 17 c/m. 5, au lieu des 23 centimètres au début ; mais le lobe droit n'est plus que de 12 centimètres, et ne déborde plus le rebord costal que dans les inspirations profondes ; cela donne presque la forme atropho-hypertrophique, décrite par les auteurs. La rate reste grosse, elle n'a plus pourtant que quatre travers de doigt de haut, soit 7 c/m. 5, au lieu de 14 centimètres de jadis. L'albuminurie persiste toujours, mais l'état général est vraiment excellent. B... peut continuer à conduire une importante boucherie, sa vie reste active, son régime, assez sévère, reste suffisant. Il ne présente aucune trace de syphilis, ses réflexes et tous ses autres organes sont normaux.

OBSERVATION III

(Personnelle, en collaboration avec MM. DENÉCHAU et FRUCHAUD-BRIN)

M^{me} X..., 52 ans. Ses parents sont morts âgés, son père aurait été épileptique ; personnellement l'on ne note aucune maladie grave dans son passé ; elle a eu une fille, actuellement bien portante, et a fait ensuite une fausse couche de trois mois. En 1921, alors qu'elle est encore réglée, surviennent des hémorragies graves dues à un fibrome ; une hystérectomie totale est pratiquée, et il ne persiste, après l'intervention, que quelques bouffées de chaleur.

En juin 1921, elle fait une chute de voiture sur le côté gauche et c'est trois mois après, en septembre, qu'elle ressent une gêne douloureuse dans le flanc gauche avec paroxysmes violents spontanés. Elle n'accuse aucun trouble digestif. Elle se tâte et s'explore, et est tout étonnée de percevoir une grosseur volumineuse pour laquelle elle consulte son médecin. On lui fait une radioscopie ; on pratique une ponction qui ramène du sang. Divers diagnostics sont tour à tour envisagés : hyste hydatique de la rate, hématome.... En avril 1922, conduite à un chirurgien, elle est laparotomisée ; opération sur laquelle nous n'avons que peu de renseignements. La malade n'en retire aucune amélioration. Elle continue à souffrir de son flanc gauche, puis des troubles digestifs surviennent, ainsi que des douleurs à l'épigastre, provoquées par l'ingestion d'aliments, douleurs assez intenses, semble-t-il.

Destroubles vésicaux, antérieurs à l'intervention, l'amènent, consulter le Docteur F..., l'un de nous. A ce moment (août 1922), l'on voit la cicatrice de la laparotomie, transversale, avec une petite branche verticale, sur le bord externe du muscle grand droit gauche. Le palper permet de sentir, à ce niveau, une masse dure, régulière, remontant obliquement en haut et à droite vers la région épigastrique et le bord inférieur du foie, duquel on ne peut la séparer. Elle descend obliquement vers la fosse iliaque gauche. Ses limites supérieure et externe ne peuvent être précisées, mais la limite inférieure et interne est perçue, à la palpation, sous forme d'un bord mousse, assez difficile à suivre dans toute son étendue. Cette tumeur est mate à la percussion, elle suit légèrement les mouvements respiratoires ; la sonorité de l'espace sémi-lunaire de Traube est conservé. Le rein gauche n'est pas senti. Par la palpation bimanuelle, la main lombaire transmet à la tumeur une légère impulsion que perçoit la main abdominale. Les urines sont claires ; pas de sang, de pus, ni d'albumine. La vessie a une capacité normale, soit 200 centimètres cubes. La cystoscopie montre une muqueuse saine ; les orifices urétéraux sont normaux. Le réflexe

pupillaire, à la lumière, de l'œil droit, est conservé; le gauche est paresseux; les réflexes rotuliens existent, les achilléens par contre sont absents. Poumons et cœur normaux. La réaction de Wassermann n'est pas pratiquée.

Pensant à une syphilis, le Docteur F... pratique 15 injections de cyanure et 5 de 914, par voie sous-cutanée. L'état général immédiatement se transforme. Les troubles douloureux, si pénibles, du flanc gauche, disparaissent; seule une légère pesanteur persiste dans la région dorso-lombaire. La tumeur diminue de deux travers de doigt en quelques semaines.

La malade est revue au début de 1923, après une nouvelle série d'injections de 914. Son état général est tout à fait satisfaisant et la masse a régressé dans de telles proportions que l'examen clinique le plus minutieux n'arrive plus à en déceler l'existence.

OBSERVATION IV

(Personnelle, en collaboration avec MM. DENÉCHAU et FRUCHAUD-BRIN)

M. M..., 44 ans, chiffonnier, d'antécédents héréditaires normaux; a un passé personnel assez chargé. A 19 ans, il est pris brusquement de température, avec vomissements, céphalée et paralysie complète du membre inférieur gauche et du bras droit. Cette paralysie flasque s'atténue, mais elle persistera en partie et le malade gardera tous les signes d'une poliomyélite. Il avoue un éthylisme assez marqué; il a un enfant de 17 ans bien portant; sa femme n'a pas fait de fausse couche. Il nie toute syphilis.

Le 15 mai 1922, étant à un mariage, avant le déjeuner, sans excès alimentaire par conséquent, il est pris de coliques extrêmement violentes, « à crier », au creux de l'estomac, avec irradiations dans la région lombaire et dans le flanc droit. Il doit s'étendre sans tarder; le soir même il vomit avec efforts, vomissements glaireux; il a quelques gaz par en bas, mais est constipé. Il ne peut rentrer chez lui, bien qu'il n'en soit qu'à 8 kilomètres. La température prise sous le bras semble normale. Les jours suivants les crises se répètent, ayant une intensité extrême; elles sont étiquetées par le médecin: coliques hépatiques; elles en ont l'acuité, la brusquerie, le siège et l'irradiation à l'épaule droite; elles se calment au bout de quelques jours, sans température axillaire, également sans ictère.

Au début de juin, troisième crise, aussi douloureuse, mais sans

vomissements; puis ces derniers apparaissent et vont se réitérer, s'accompagnant d'efforts qui amènent quelques filets de sang; ils sont muqueux. En même temps l'état général se prend; M... maigrit et perd l'appétit. Le médecin constate que son ventre se ballonne; il semble tendu dans sa partie supérieure. Dans la région hépatique l'on voit, vers la fin de juin, alors que le patient est en pleine crise de vomissements, une masse se développer. Devant ces symptômes, en présence des hématomésés, l'on porte le diagnostic d'ulcère gastrique calleux, avec périgastrite. Une vessie de glace est appliquée et semble calmer la douleur. Celle-ci se répète pourtant, toujours extrême; la masse sentie à l'épigastre augmente régulièrement; elle est dure, mate, douloureuse; elle semble siéger au bord droit de l'estomac ou à l'extrémité gauche du foie; elle envahit d'ailleurs ce dernier et suit les mouvements du diaphragme. Il n'y a pas d'albumine, pas de pigments biliaires dans les urines; les selles sont normales. Une radioscopie pratiquée à cette période montre, chose curieuse, un estomac de forme normale, mobile, se remplissant et s'évacuant d'une façon régulière. Un chirurgien est consulté; le médecin veut intervenir; le chirurgien porte le diagnostic de néoplasme de l'estomac propagé au foie et refuse l'intervention. De retour chez lui, malgré l'absence de commémoratifs, le malade est traité par quelques piqûres mercurielles; il n'éprouve aucune amélioration; au contraire, ses matières semblent se décolorer, il devient jaune, sans aucune température d'ailleurs; la tumeur continue à augmenter régulièrement; le diagnostic de néoplasme semble s'imposer.

C'est alors que l'un de nous, appelé en consultation, après examen, constatant ce foie gros, qui atteint l'ombilic, à bord net dur, mais sans bosselures, une rate hypertrophiée, l'absence d'ascite et de circulation collatérale, en dépit des douleurs réitérées, de la cachexie progressive, préconise un traitement spécifique plus intense : piqûres d'Hectine B, journalières, puis d'hectargyre. A la 20^e injection, le malade est transformé; ses douleurs sont disparues, son foie diminue rapidement; il engraisse à vue d'œil. L'ictère disparaît. En moins de huit semaines, le traitement, arsenical, puis mercuriel, étant continué, cet homme peut reprendre son dur travail, il est complètement guéri. Il garde un foie qui déborde d'un travers de doigt le rebord costal; la rate reste grosse. Mais tout trouble fonctionnel est disparu et son état général est excellent.

OBSERVATION V

(Cas inédit d'hépatite syphilitique tertiaire pseudo-cancéreuse, communiqué par M. le Docteur BOUMARD, d'Angers)

Il s'agit d'une femme, âgée de 56 ans, dans les antécédents de laquelle l'on ne note qu'une typhoïde en 1898. Son père est mort, à 76 ans, de ramollissement cérébral; sa mère, à 78 ans, de cardiopathie. Depuis 1920 la malade maigrissait d'une façon progressive; elle présente, le 26 février 1922, une hématomélose importante suivie de mélanéa; un subictère apparaît. L'examen du foie montre que cet organe, très augmenté de volume, mesure 18 c/m sur la ligne mamelonnaire. Il est dur, mais non douloureux et parsemé à sa surface et sur son bord antérieur de noyaux assez volumineux. On note un peu d'ascite, une circulation collatérale marquée à type sous-ombilical. Les bases pulmonaires sont encombrées de râles sous-crépitaux. Le cœur est gros, présente des extra-systoles; le pouls à 96, la T. A. de 13 et 6 au Vaquez. Les artères sont dures, les veines dilatées aux membres inférieurs. Les urines peu abondantes ne sont pas albumineuses, mais contiennent de l'urobiline et des sels biliaires.

Ce syndrome semble assez net pour permettre de poser le diagnostic de néoplasme secondaire du foie, avec néoplasme primitif de l'estomac. Le docteur B... prévoit une évolution rapide et se contente de prescrire de l'Hémostyl, avec un régime lacté.

Revue le 11 juillet 1922, la malade apprend que son ictère est disparu du 19 au 20 mars. Son faciès est meilleur, quoique toujours terreux, son anorexie toujours marquée. Le 2 mars, elle a eu une épistaxis abondante, qui s'est répétée depuis; elle mouche et crache du sang, saigne des gencives. Le foie est toujours gros, mais il n'a pas augmenté. Il présente les mêmes caractères qu'au premier examen. Les urines sont albumineuses, mais la recherche de l'urobiline est négative. Pas d'œdème des jambes. Les bases pulmonaires sont toujours encombrées de sous-crépitaux. Le poids de la malade est de 55 kilogs. Un nouvel examen, le 28 août, ne montre pas de changements; les épistaxis sont fréquentes; l'appétit semble revenir cependant.

En face de cette évolution tout autre que celle que comporte le diagnostic de néoplasme secondaire du foie, vu que, non seulement la malade ne se cachectise pas, mais encore que son état général, depuis près de 3 ans, se maintient plutôt bon, le docteur B... suspecte la syphilis. Une rate palpable, et perçue dès le premier examen, vient appuyer ce diagnostic; mais, pour des raisons spéciales, le Wassermann ne peut être pratiqué. Le docteur B... prescrit alors de l'élixir

Dérêt, en même temps que de l'iodone Robin. Il revoit sa malade deux mois seulement après et est frappé du changement survenu en si peu de temps. L'état général est bien meilleur, l'appétit revenu à tel point que la malade mange de la viande, qu'elle supporte parfaitement; ses selles sont normales. Elle a augmenté de poids de près de deux kilogs. Ses urines ne sont plus albumineuses. Des épistaxis se montrent encore cependant. Le foie toujours gros et dur a diminué de près de trois centimètres.

OBSERVATION VI (RÉSUMÉE)

ACHARD (*Leçon faite à l'Hôpital Beaujon*)

Un homme de 70 ans est adressé dans le service du professeur Achard par un chirurgien à qui on l'avait envoyé pour le faire opérer de kyste hydatique; le chirurgien avait rejeté ce diagnostic. Ce malade contracta la syphilis en 1871 et fut insuffisamment traité. En 1910, il éprouve un prurit gênant; un médecin ayant reconnu un gros foie institue un régime lacté, suivi de bon résultat. En juillet 1920, nouveau prurit, sans caractère urticarien, accompagné de pesanteur épigastrique : c'est alors que le diagnostic de kyste hydatique fut porté. Le malade est amaigri, pâle, présente du subictère. Le ventre est gros, météorisé, sans ascite ni circulation collatérale. Le foie est gros, débordant les fausses côtes de quatre travers de doigt, dur, irrégulier; son bord inférieur est tranchant, échancré; dans le triangle épigastrique droit, on perçoit une bosselure, un peu douloureuse, arrondie, qui sans doute avait fait croire à un kyste hydatique. Mais rien, à l'examen ne venait confirmer l'idée d'un kyste; la rate était grosse, donnant une matité de deux travers de doigt; l'examen radioscopique, après insufflation gazeuse du gros intestin, montrait le foie augmenté de volume, dans son ensemble. La réaction de Weinberg-Parvu était négative, l'éosinophilie manquait. L'idée de cancer rejetée, le diagnostic de cirrhose syphilitique s'imposait. La réaction de Wassermann positive et le traitement par le 914 vinrent justifier le diagnostic clinique.

OBSERVATION VII (TRÈS RÉSUMÉE)

ACHARD (*idem*)

Homme, 61 ans; en 1890, syphilis non traitée. En 1904, ressent une pesanteur dans le côté droit; le foie est gros, le diagnostic de kyste hydatique est porté, mais la laparotomie infirme ce diagnostic. Le malade est soumis à un traitement spécifique peu intensif, mais à la suite d'albuminurie, il est traité par du biiodure de mercure, puis de l'huile grise, puis du 914. En octobre 1914, hématoméose abondante suivie de mélæna. En 1918, souffre d'hémorroïdes. A la fin de 1920, petite hématoméose.

L'examen, le 31 janvier 1922, montre un abdomen gros, une circulation collatérale très développée. Le foie est dur et gros, sans inégalités, à bord tranchant et descendant presque à l'ombilic. La rate donne une matité de 4 travers de doigt. Un peu d'ascite; urine albumineuse. Pas de signes de syphilis, mais un double souffle aortique, un Wassermann positif. L'ancienneté des lésions hépatiques permettant d'écarter le diagnostic de cancer, celui de cirrhose syphilitique s'imposait.

OBSERVATION VIII (RÉSUMÉE)

Clément SIMON et P. RENTY

(« Bull. méd. », 31 mai 1922 : *Un cas de syphilis hépatique*)

Cart..., 39 ans, en 1908, s'aperçoit que son ventre grossit « du haut »; il maigrit et a de la diarrhée. Son médecin constate une tumeur hépatique; un chirurgien diagnostique un kyste hydatique, mais la laparotomie infirme ce diagnostic. L'état général reste médiocre. Le chirurgien alors, qui semble avoir pensé à un cancer ou à une cirrhose, ordonne la radiothérapie. Pendant deux ans on lui fait, sans résultats, des applications de rayons X.

En septembre 1921, il est examiné par les auteurs qui constatent, dans la région épigastrique, une tumeur arrondie, lisse et dure, dépendant de la face antérieure du foie; une rate percutable, un peu d'œdème malléolaire. Le malade présentant un palais très ogival, une déformation nasale importante, une réaction de Wassermann positive, on institue le traitement par le 914. Transformation immédiate du malade et de sa tumeur, qui, au bout de six mois, n'est plus perceptible que sur la ligne médiane. Dans le même temps, Cart... a engraisé de 8 kgs. 500.

OBSERVATION IX (TRÈS RÉSUMÉE)

GILBERT, CHIRAY et COURY (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 18 mars 1921)

Un homme, habitant Alexandrie, vient consulter le 3 août 1920. Depuis six ans, il présente une fièvre, tantôt intermittente, tantôt rémittente, atteignant parfois 40°; des transpirations; mais un état général bien conservé. Son foie est augmenté de volume et douloureux. Il a vu de nombreux médecins qui, après lui avoir fait subir un traitement antipaludéen, puis antiamibien, pour abcès du foie, se sont arrêtés au diagnostic de cholécystite. Le malade demande de le confier à un chirurgien en vue d'une cholécystectomie. Plusieurs examens de laboratoire avaient été pratiqués, en particulier un Wassermann, qui aurait été négatif. Dès le premier examen qu'il subit à Paris, l'attention est attirée, non par l'état de la vésicule, mais par un accroissement manifeste du volume et de la consistance du foie qui est dur, irrégulier et douloureux. La syphilis suspectée, un nouveau Wassermann pratiqué est fortement positif; mais le malade, préférant ne pas attendre les résultats d'un traitement, se fait opérer le 19 août. L'intervention montre une vésicule masquée par des adhérences; l'ablation en est pratiquée; elle ne contient ni pus, ni calculs. Le foie est parsemé de nombreuses saillies de la grosseur de petites noix : il s'agit d'un foie syphilitique.

Un traitement spécifique, institué aussitôt après l'intervention, jugula au bout de quatre à cinq jours la température; celle-ci ne reparut jamais.

OBSERVATION X (TRÈS RÉSUMÉE)

LEJARS (*Les grosses tumeurs syphilitiques du foie*;
« *Semaine médicale* », mars 1914)

Femme, 30 ans; depuis six mois, douleurs dans la région sous-hépatique; ces crises s'accompagnent d'une ascension thermique à 38°9, 39°, d'ictère, d'amaigrissement. Sous la paroi abdominale, on perçoit une masse arrondie, sensible. Pensant à une cholécystite avec péricholécystite, le Professeur Lejars intervient; il trouve une tumeur blanchâtre, d'aspect bosselé, qu'il croit être une tumeur maligne et il referme. L'état général s'améliore peu à peu; un traitement spécifique achève la guérison. Dix ans plus tard, cette femme présente une gomme du tibia.

OBSERVATION XI (TRÈS RÉSUMÉE)

LEJARS (*idem*)

Femme, 30 ans; sujette depuis deux ou trois ans à des crises douloureuses lombaires, avec vomissements; puis la douleur devient continue. Tumeur du flanc droit, grosse comme une tête de fœtus, allongée verticalement, douloureuse, non mobile avec la respiration, séparée du foie par une zone sonore; le ballottement est net. Urines normales, mais périodes d'oligurie suivies de débâcles urinaires. Pensant à une hydronéphrose ou à une tumeur kystique du rein, le Professeur Lejars intervient; il trouve un gros lobe hépatique en continuité avec le bord postérieur du lobe droit. Le Wassermann est positif.

OBSERVATION XII (TRÈS RÉSUMÉE)

LEJARS (*idem*)

Femme, 38 ans; depuis 17 ans souffre de coliques hépatiques des mieux caractérisées, se reproduisant deux ou trois fois l'an. Depuis deux ans, elles n'ont pas reparu, mais ont fait place à une douleur sourde et continue dans la région sous-hépatique. Foie gros et tumeur représentant au mieux une grosse vésicule. Le diagnostic est celui de vésicule calculeuse, peut-être dégénérée. A l'intervention, on trouve une masse bosselée d'allure néoplasique. L'état général s'améliore ensuite; le Wassermann positif permet d'instituer un traitement pleinement efficace.

OBSERVATION XIII (TRÈS RÉSUMÉE)

LEGUEU (*Congrès de Chirurgie, 1901*)

Femme de 51 ans; épileptique, ayant présenté, il y a une vingtaine d'années, un ictère et des crises de colique hépatique; entre à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs abdominales et parce qu'elle perd ses forces.

L'examen de l'abdomen montre deux reins mobiles, et, au devant du rein droit, une tumeur volumineuse, lisse, régulière, arrondie, peu douloureuse et semblant faire partie intégrante du foie. La malade nie toute syphilis, mais elle a perdu ses cheveux et a des céphalés nocturnes. Il y a deux ans, elle subit un traitement mercuriel pour une tumeur du cou, laquelle disparut. Elle présente en outre quelques troubles urinaires sous la dépendance du rein mobile.

On pense à une vésicule biliaire dilatée et kystique, et une laparotomie est pratiquée. Celle-ci montre l'existence d'un lobe flottant du foie, pédiculé, dépendant du lobe droit. La vésicule biliaire est indemne; mais, à la face antérieure du lobe flottant, on voit deux noyaux fibreux semblant être des noyaux de syphilis. Excision du lobe flottant; suites opératoires normales.

L'examen histologique pratiqué par le Professeur Letulle, confirme le diagnostic de syphilis de tout ce lobe flottant.

OBSERVATION XIV (TRÈS RÉSUMÉE)

LEQUEU (*Congrès de Chirurgie, 1901*)

Femme, 38 ans, ne présente de particulier, dans ses antécédents, qu'une suite d'accidents obstétricaux. Sur 7 grossesses : 1 fausse couche, 1 seul enfant vivant, les autres étaient morts-nés, ou sont morts en bas âge.

Rentre à l'hôpital Broca en septembre 1900. Depuis six mois, elle se plaint de douleurs dans la partie droite de l'abdomen, douleurs aujourd'hui continuelles, exagérées par la marche et la forçant à s'aliter. Elle présente une tumeur un peu mobile, en haut et à droite de l'ombilic, séparée du foie par une zone sonore. Après examen, et vu son état, le diagnostic de néoplasme de l'épiploon est porté, avec néoplasme primitif probable de l'estomac.

La laparotomie montre une grosse tumeur à la partie antérieure du lobe droit et même du lobe gauche. Pas de néoplasme primitif.

Ablation de la tumeur; suites opératoires normales. L'examen histologique du Professeur Letulle montre la nature syphilitique caractéristique de toute la masse.

OBSERVATION XV (RÉSUMÉE)

SCHRAGER, 1912 (in LEJARS : *Les grosses tumeurs syphilitiques du foie*
« *Semaine médicale* », mars 1914)

Schrager rapporte le cas d'un homme de 35 ans qui, depuis dix-huit mois, souffrait de crises douloureuses épigastriques, survenant une heure environ après les repas, accompagnées de nausées, sans vomissements, durant une heure ou deux, d'une acuité telle, parfois, qu'elles nécessitaient l'emploi de la morphine. Pas d'ictère. L'examen révélait une certaine sensibilité sous le rebord costal droit, mais pas de tumeur. Le malade avait contracté la syphilis 14 ans auparavant et avait été traité par des injections mercurielles, pendant 4 mois, puis par des frictions, pendant six mois. Marié depuis trois ans, il avait un enfant indemne de tout stigmate d'hérédité.

Malgré cette syphilis avouée, les accidents étaient si caractérisés que M. Schrager crut devoir conclure à un ulcère gastrique ou duodénal et opéra. L'estomac et le duodénum étaient normaux, la vésicule biliaire saine; mais la face convexe du lobe droit et son bord était parsemés de petits nodules gris blanchâtres qui, soumis à l'examen histologique, furent reconnus pour des gommès. Il en existait également le long du cholédoque et sur le col de la vésicule. Le traitement fut de suite institué et tous les accidents disparurent.

OBSERVATION XVI (RÉSUMÉE)

LOUIS QUEYRAT (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 31 mars 1916)

Homme de 43 ans; en 1894, a eu une ulcération de la verge, déclarée non syphilitique. Pas d'accidents secondaires nets. En 1914, le 5 septembre, il est pris subitement d'une douleur aigue, dans la région épigastrique, s'irradiant dans le dos, durant toute la nuit, accompagnée de vomissements bileux. On pense à une colique hépatique. En trois mois, il a cinq ou six crises semblables, survenant toutes au moment du repas du soir. Examiné en novembre, on trouve une augmentation notable du volume du foie, et le médecin pense à un kyste hydatique; la réaction de Weinberg donne un résultat négatif, mais le Wassermann est franchement positif. Les urines sont normales.

Une radiographie, pratiquée à l'hôpital de Versailles, confirme la réaction de Weinberg et montre une tumeur, sur la convexité du foie, qui refoule le diaphragme jusqu'à la 4^e côte. Etant donnés : le commémoratif de chancre, le Wasserman positif, il devient facile de diagnostiquer une gomme du foie.

Le malade est traité par 20 frictions de 6 grammes d'onguent napolitain et absorbe 114 grammes d'iodure de potassium ; après quoi une seconde radiographie montre que la gomme ne s'est pas modifiée. Il est alors traité par 4 injections intra-veineuses d'arsénobenzol, d'un total de 1 gr. 20. Une troisième radiographie montre alors une régression de la tumeur, qui n'affleure plus que la cinquième côte. Trois autres injections sont encore faites, avec un total de 2 gr. 40 de médicament, et une dernière radiographie montre que la limite supérieure du foie se confond avec le bord supérieur de la sixième côte.

Le malade quitte l'hôpital ; le Wassermann, le 17 mars 1915, est devenu négatif. L'arsénobenzol a été parfaitement supporté.

CONCLUSIONS

I. — A côté des formes classiques de la syphilis tertiaire du foie, il existe des formes où une symptomatologie un peu particulière conduit presque fatalement un esprit non prévenu à une intervention opératoire; nous les appellerons formes « *pseudo chirurgicales* ».

II. — Cliniquement, elles affectent deux grands types : l'un, marqué par des douleurs parfois extrêmes, avec réaction générale et locale; l'autre, par l'apparition d'une tumeur occupant le foie en son entier, ou seulement l'un de ses segments. Ces deux types, très différents à leur début, se confondent souvent à leur période tardive.

III. — Une analyse plus minutieuse des faits publiés conduit à distinguer des formes nombreuses, pouvant se rattacher soit au type douloureux, soit au type avec tumeur, soit aux deux à la fois; les principales d'entre elles sont : les formes pseudo-kystiques, pseudo-vésiculaires, pseudo-cancéreuses; celles simulant l'abcès du foie, la ptose rénale ou la tumeur du rein; enfin, la forme pseudo-gastrique et duodénale.

IV. — Le diagnostic repose essentiellement sur les caractères cliniques observés. Quoique la syphilis puisse, pour le foie, comme pour les autres organes, simuler un grand nombre de maladies, on peut dire que cette simulation est, en général, assez incomplète pour qu'un clinicien averti conserve des doutes. Reconnaissons pourtant que la notion de syphilis préexistante

est trop souvent absente (deux sur quatre de nos cas). Aussi devra-t-on, de façon systématique, penser à cette affection, mettre en jeu la recherche des réactions biologiques et utiliser le traitement d'épreuve.

V. — L'étiologie reste imprécise. Il importe de noter la fréquence de ces formes pseudo-chirurgicales, d'y voir le résultat d'un traitement incomplet, qui fait disparaître trop facilement les accidents cutané-muqueux, mais laisse évoluer les lésions viscérales.

VI. — Les lésions bien connues, grâce aux « biopsies chirurgicales », se résument soit aux réactions scléro-gommeuses classiques, soit à des hépatites massives, plus inflammatoires que scléreuses; ces dernières, particulièrement intéressantes, semblent être, comme le disent MM. Gilbert, Chiray et Coury, la lésion de début des formes scléreuses. Elles sont curables par un traitement bien conduit.

VII. — Le traitement sera, avant tout, médical. Il comportera surtout le cyanure de mercure en injections intra-veineuses; peut-être le bismuth; quant aux arsénobenzols, leur réaction spéciale sur le foie peut les rendre discutables. Ils ont donné, dans nos quatre cas, des résultats tels que leur emploi nous paraît s'imposer. L'intervention opératoire ne doit être qu'exceptionnelle; excusable dans bien des cas, elle semble inoffensive le plus souvent. Elle doit pourtant être pratiquée en cas d'échec d'une cure spécifique bien conduite, et pour parer à des complications mécaniques.

VU : *Le Doyen,*
ROGER.

VU : *Le Président,*
ACHARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — Cirrhoses syphilitiques (leçon faite à l'hôpital Beaujon). *Clinique et Laboratoire*, 20 novembre 1922.

BALLAND. — Cirrhoses syphilitiques simulant les cirrhoses alcooliques. Thèse Paris, 1922.

BIALOCOUR. — La fièvre dans les périodes tardives de la syphilis. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*. 30 décembre 1921, p. 172.

BRAULT. — Sur quelques variétés rares de syphilis hépatique. *Bull. acad. méd.*, 3 mai 1910, p. 382.

— *Semaine médicale*, 1910, p. 213.

BRIZARD. — Des lésions anatomo-pathologiques du péritoine au cours de la syphilis viscérale. Thèse Paris, 1918.

CAIRE. — Contribution à l'étude clinique de la syphilis sclérogommeuse du foie. Thèse Lyon, 1901.

CASTAIGNE, GOURAUD, PAILLARD. — Les gros foies syphilitiques de l'adulte. *Journal méd. français*, 1913, p. 170.

CASTAIGNE et CHIRAY. — *Manuel des Maladies du Foie*, 1910.

CAUSSADE et MILHIT. — Cirrhose syphilitique avec hypersplénomégalie à début splénique. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, octobre 1905.

CHIRAY et H. JANET. — Pleuro-péritonite subaiguë de la syphilis tertiaire. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 mai 1921, p. 641.

COURTOIS-SUFFIT et GIROUX. — Cirrhose du foie avec ascite. Péritonite syphilitique suivie de guérison. *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 24 janvier 1919, p. 35.

DAMMERT. — Fièvre intermittente dans les syphilis viscérales tertiaires (particulièrement dans la syphilis hépatique). *Deutsche med. Woch.*, août 1908.

DENÉCHAU. — Foie syphilitique et cancer du foie. *Arch. méd. Angers*, 1914.

DENÉCHAU, FRUCHAUD-BRIN et AGOULON. — Quatre cas de syphilis

tertiaire du foie à forme pseudo-chirurgicale. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, mars 1923.

DÉVÉ. — Hépatite syphilitique tertiaire fébrile. *Normandie méd.*, 1908.

DUMONT. — Hépatite syphilitique fébrile. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 4 novembre 1921.

EDHEM. — Fièvre syphilitique tertiaire dans un cas de tabès gastrique. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, juillet 1921, p. 123.

FORD. — Syphilis of the liver : report of two cases simulating gallstones. *Western. med. Review*, mai 1910.

GILBERT, H. CHIRAY et A. COURY. — La syphilis tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile. La fièvre syphilitique tertiaire. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, mars 1921, p. 417.

HUDELO. — In FOURNIER, traité de la syphilis.

KIRCHHEIM. — Symptomatologie et résultats de l'examen anatomo-pathologique de deux cas de syphilis tertiaire fébrile du foie. *Deutsche med. Wochensh.*, 20 janvier 1911.

KÖNIG. — Die Bedeutung der Lebersyphilis für die Diagnose der Bauchgeschwülste. *Berlin. Klin. Wochensh.*, 6 février 1905.

LEJARS. — Les grosses tumeurs syphilitiques du foie. *Semaine médicale*, 2 mars 1914 p. 109.

LETULLE. — La péritonite syphilitique. *Bull. acad. de Médecine*, août 1918.

— *Presse médicale*, septembre 1918, p. 477.

LETULLE et BERGERON. — Réaction de Wassermann et syphilis latente au cours des cirrhoses et des néphrites chroniques. *Presse médicale*, 21 septembre 1912.

LEGUEU. — Deux cas d'hépatectomie pour syphilis. *Congrès de chirurgie* 1901.

MAMET. — Contribution à l'étude du diagnostic clinique de la cirrhose syphilitique du foie chez l'adulte. Thèse Lyon, 1920-21.

MÉNÉTRIER. — Foie syphilitique, gommes et cirrhose avec hypersplénomégalie. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1900.

NETTER. — Fièvre à allure intermittente d'origine syphilitique. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 17 novembre 1916, p. 1838.

PAILLARD. — Deux formes de syphilis hépatique; forme fébrile, forme cirrhotique et ascitique. *Journal méd. français*, décembre 1922.

PARISER. — Deux cas de syphilis hépatique avec fièvre. *Deutsche med. Wochensh.*, août 1918.

PRENTISS and CROUSE. — Hepatic gumma simulating perigastric abscess. *Virginia med. semy-Monthly*, juin 1910.

QUEYRAT. — Etude radioscopique d'une gomme du foie. Sa régression progressive sous l'influence du traitement. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 31 mars 1916, p. 459.

RIEDEL. — Ueber die Fieberhaft verlaufende Lues der Gallenblase und Gallengänge sowie der Leber. *Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1904, XIV, 1-2.

P. SAVY. — Un cas de gomme isolée du foie diagnostiquée pendant la vie. *Annales de Dermatol. et Syphil.*, Paris, 1909.

SCHRAGER. — Clinical aspects of syphilis of the liver. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, mars 1912.

C. SIMON et P. RENTY. — Un cas de syphilis hépatique. *Bull. médical*, 31 mai 1922.

STAUDER. — Sur la fièvre hépatique syphilitique. *Archiv. für Verdauungs-Krankheiten*, janvier 1908.

STEINER. — Tumeurs du foie opérées, n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention. Thèse Paris, 1901-02.

TERRIER et AUVRAY. — Les tumeurs du foie au point de vue chirurgical. *Revue de Chirurgie*, 1897, p. 621; *id.*, 1898, pp. 403, 706, 831.

VILLARET. — In traité : Les maladies du foie et leur traitement, 1910.

- - - ANGERS

IMPRIMERIE CENTRALE

- 15, RUE DE LA ROE -
